MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
ALTA FORMAZIONE ARTISTICA E MUSICALE

ACCADEMIA DI BELLE ARTI DI BARI

REGISTRO DEL TIROCINANTE

Dati dello studente

COGNOME _____ NOME _____

MATRICOLA _____ Iscritto al ___ anno _____ corso _____

DOCENTE TUTOR _____

ATTIVITA' DI TIROCINIO CURRICULARE

PERIODO DAL _____ AL _____

TOTALE ORE EFFETTUATE _____

Data	**Mattino**		**Pomeriggio**		**Numero ore**
	Dalle ore	Alle ore	Dalle ore	Alle ore	

Bari – via Re David, 189/c – 70125 - Tel. 080.55 66 471 Fax 080.55 74 840 - aba@accademiabelleartiba.it - **www.accademiabelleartiba.it**
Mola di Bari (BA) - via Cesare Battisti, 22 - 70042 - Tel. 080 47 33 703

Firma del Tirocinante

_____

Firma del Docente Tutor

_____